

નાણાંકીય સહાય અરજી પત્રક

વિભાગ એક: દર્દી માહિતી

તમારું પૂરું નામ, તમે તબીબી સેવા પ્રાપ્ત કરી તે સમયનું તમારું સરનામું અને આ વિભાગમાં નોંધેલી અન્ય માહિતી પ્રિન્ટ કરો.

અકાઉન્ટ નંબર: _____ સેવાની તારીખ(ખો): _____

દર્દીનું નામ: _____
અટક પ્રથમ નામ વચ્ચેનું નામ અદાક્ષર

સરનામું: _____ શહેર: _____ દેશ: _____
ક્રમાંક અને શેરી

રહેઠાણનું રાજ્ય: _____ ઝિપ કોડ: _____ જન્મ તારીખ: _____ / _____ / _____ વૈવાહિક સ્થિતિ: અપરણિત પરણિત છૂટાછેડા લીધેલ

પ્રાથમિક ફોન નંબર: (_____) _____ ધ મોબાઈલ કાર્ય અ _____

ઈ-મેલ અડ્રેસ: _____

સેવાની તારીખ વખતે સ્વાસ્થ્ય વીમો: કોઈ વીમો નહિ મેડિકેર મેડિકેઈડ અન્ય _____

વિભાગ બે: પરિવારની આવક અને અસ્કયામતો

તમારે માટે, તમારા જીવનસાથી અને પરિવારના તમામ અન્ય સભ્યોની આવક પૂરી પાડો (જો લાગુ પડે તો).

આવકનો સ્ત્રોત સેવા પૂર્વેના 3 મહિનાનો સરવાળો સેવા પૂર્વેના 12 મહિનાનો સરવાળો

પગાર/સ્વ-રોજગાર	\$	\$
સોશિયલ સિક્યુરિટી	\$	\$
પેન્શન, ડિવિડન્ડ્સ, વ્યાજ, ભાડાંની આવક	\$	\$
બેરોજગારી, શ્રમિક વળતર	\$	\$
બાળ ટેકો (જો દર્દી ઈચ્છિત પ્રાપ્તકર્તા હોય તો જ)	\$	\$
અન્ય	\$	\$

અરજીની તારીખે કુલ ચોખ્ખી અસ્કયામતો (અસ્કયામતો - ઉધારી): \$ _____

વિભાગ ત્રણ: પરિવારની માહિતી અને આવક

તમારા ઘરમાંના તમામ પરિવારના સભ્યોના નામ અને તેમની જન્મ તારીખ આપો.

તમારા ઘરમાં રહેતા હોય તેવા તમારા પરિવારના તમામ લોકો વિશે કૃપા કરીને નિમ્નલિખિત માહિતી પૂરી પાડો. HCAPના હેતુઓ માટે પરિવારની વ્યાખ્યામાં દર્દી, દર્દીના જીવનસાથી, અને દર્દીના 18થી ઓછી વયના તમામ સંતાનો (કુદરતી અને દત્તક) કે જેઓ દર્દીના ઘરમાં રહેતા હોય તેમનો સમાવેશ થાય છે. જો દર્દી 18થી ઓછી વયનો/ની હોય, તો પરિવારમાં દર્દી, દર્દીના કુદરતી કે દત્તક લેનાર માતાપિતા અને માતાપિતાના એવા સંતાનો જે 18થી ઓછી વયના હોય (કુદરતી અથવા દત્તક) કે જેઓ દર્દીના ઘરે રહેતા હોય, તેમનો સમાવેશ થાય છે.

પરિવારના સભ્યોના નામ, દર્દી સહિત જન્મ તારીખ દર્દી સાથેનો સંબંધ

1. દર્દી: _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

નીચે મારી સહી કરીને, હું પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજીમાં અને સાથેના કોઈપણ બિડાણમાં જણાવેલી તમામ બાબતો ખરી છે.

જવાબદાર પક્ષકારની સહી: x _____ તારીખ: _____

નીચે મારી સહી કરીને, હું પ્રમાણિત કરું છું કે મેં આ અરજીની સમીક્ષા કરી છે અને મંજૂરી આપી :

હોસ્પિટલ CEOની સહી: x _____ તારીખ: _____

તમારી ભરેલી અરજી અહીં પરત કરશો: Penn State Health Rehabilitation Hospital